

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 208)

DES

KYSTES DERMOIDES DES DOIGTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 20 JUILLET 1885, A 3 HEURES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles-Jules LALITTE

Né à Lunéville (Meurthe-et-Moselle), le 31 janvier 1862

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

1885



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547413_0060

DES
KYSTES DERMOIDES
DES DOIGTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 20 JUILLET 1885, A 3 HEURES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles-Jules LALITTE

Né à Lunéville (Meurthe-et-Moselle), le 31 janvier 1862

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

—
1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, professeur	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. (ROUSSEL ✱, prof. adj. E. PARISOT, id.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	
Pathologie externe.....	M. WEISS, prof. M. BÉCHET, prof. adjoint.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, agrégé, chargé du cours.	
Histologie.....	M. BARABAN, id.	id.
Chimie médicale et Toxicologie..	M. GARNIER, id.	id.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. HEYDENREICH, président ; MM. GROSS, ROHMER, BARABAN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH

INTRODUCTION

La gravité des différentes affections que l'on peut rencontrer aux doigts dépend de l'importance fonctionnelle de ces organes. Un ouvrier, par exemple, se plaint de ne pouvoir continuer son travail, parce qu'une tumeur qu'il porte au doigt, le gêne dans le maniement de l'outil, lui cause de la douleur lorsqu'il saisit son instrument de travail. Il est du plus grand intérêt de pouvoir porter un pronostic, et instituer un traitement qui amènera le plus rapidement possible la guérison. Parmi les tumeurs, les kystes dermoïdes sont rares aux doigts et pour ce motif peu connus. Ayant eu l'occasion d'en observer un cas cette année dans le service de M. le Professeur Heydenreich, nous avons pensé qu'il serait intéressant de le publier et de faire la pathologie de ces kystes.

Nous n'avons trouvé aucune étude de ce genre faite sur ce sujet, si ce n'est l'article intéressant de M. Polaillon (1), dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. A part cela, les chirurgiens qui ont eu l'occasion d'en rencontrer, ont publié leurs observations avec quelques courtes réflexions. La première observation remonte seulement à 1866.

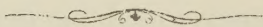
(1) Polaillon. Art. Doigt, du Dict. encyclopédique.

Nous rapportons ces observations dans un premier chapitre ; puis nous étudierons l'anatomie pathologique, l'étiologie et la pathogénie, les symptômes et le diagnostic, le pronostic, et enfin le traitement.

Dans notre travail, nous ne nous occupons absolument que des kystes dermoïdes des doigts, et nous laissons de côté ce qui regarde ces tumeurs en général dans les autres régions.

Avant de commencer cette étude, nous devons remercier M. le Professeur Heydenreich, de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, et des conseils qu'il nous a prodigués pendant la rédaction de ce travail.

Nous prions notre excellent maître, M. le Professeur agrégé Baraban, de vouloir bien recevoir l'hommage de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il a porté à notre étude, et l'obligeance avec laquelle il nous a expliqué la partie histologique de notre thèse.



BIBLIOGRAPHIE

RIZET. — Tumeurs des doigts. Archives de méd. 1866, t. II, p, 615.

RIZET. — Kystes dermoïdes des doigts. Gaz. des hôpitaux, 1881, p. 756.

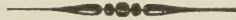
GILLETTE. — Soc. de méd. de Paris. 24 juillet 1875.

DEMAY. — Etude clinique et histologique de certaines tumeurs de la main. Thèse de Paris 1880, p. 73.

P. GIBIER. — Soc. anat. séance du 18 novembre 1881.

POLAILLON. — Union médicale, 1884, p. 142.

POLAILLON. — Art. Doigt, du Dict. encyclopédique des sciences médicales.



OBSERVATIONS

Les observations que nous avons pu recueillir sont fort peu nombreuses, car il s'agit d'une affection rare, et connue seulement depuis une vingtaine d'années. Nous avons dû même en laisser quelques-unes de côté, soit qu'il nous ait paru évident qu'il ne s'agissait pas de kystes dermoïdes, soit que l'insuffisance de renseignements ne nous ait pas permis d'affirmer la nature de la tumeur. Nous croyons cependant qu'il serait bon d'exposer en quelques mots les motifs qui nous les ont fait rejeter.

Au début de nos recherches, nous avons rencontré une note de M. Rizet (1), dans laquelle il rapporte six cas de kystes dermoïdes des doigts et nous renvoie à une observation de Nélaton (2). Dans cette dernière, publiée en 1859, il ne s'agit pas évidemment d'un kyste dermoïde. Un jeune homme portait à la face palmaire de l'annulaire gauche trois petites tumeurs résistantes au toucher. M. Robin qui en a fait l'examen histologique, a constaté qu'elles étaient constituées par une trame de fibres de tissu cellulaire, non réunies en faisceaux, et de nombreux noyaux libres fibro-

(1) Rizet. Kystes derm. des doigts. Gazette des hôpitaux, 1881, p. 756.

(2) A. Nélaton. Éléments de path. chir. 1859, t. V, p. 955.

plastiques, plongés dans une grande quantité de matière amorphe et finement granuleuse. Nélaton porta le diagnostic de tumeurs fibro-plastiques. C'est par erreur sans doute que Rizet les cite comme kystes dermoïdes.

Le même auteur rapporte ensuite six observations dont les deux premières avaient déjà été publiées en 1866 (1). Dans la seconde, il s'agit d'un sapeur âgé de 23 ans. Il portait sur la face dorsale des quatre derniers doigts de la main droite, de chaque côté du tendon de l'extenseur, au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange, de petites tumeurs dont la première avait débuté treize ans auparavant. M. Rizet qui, en 1881, les cite comme kystes dermoïdes, en 1866 diagnostiqua simplement tumeurs enkystées, et ne voulut pas les extirper à cause du voisinage de l'articulation, ajoutant qu'un effort subit pouvait les faire éclater, et amener ainsi leur guérison. C'eût été, certes, illusoire s'il s'était agi réellement de kystes dermoïdes ; nous croyons plutôt que c'étaient des kystes synoviaux.

La quatrième observation nous indique deux tumeurs de l'annulaire droit, siégeant l'une à la face palmaire, l'autre à la face dorsale. Ces tumeurs, sans adhérence avec la peau ou les parties profondes, ont une membrane d'enveloppe faiblement organisée ; un contenu d'une couleur blanc jaunâtre et presque cartilagineux. Cela ne suffit pas, croyons-nous, pour affirmer que ce sont des kystes dermoïdes.

Dans la cinquième observation, tumeur développée en sept mois à la suite de travaux de force, possédant des parois

(1) Rizet. Tumeurs des doigts. Archiv. de méd. 1866, tome II, p. 615.

minces et translucides, contenant un tissu feutré, à lamelles superposées; véritable tissu épidermique condensé en couches stratifiées. Nous y reconnâtrions plutôt une tumeur perlée.

Enfin, dans la sixième, il s'agit d'une tumeur dure, très-adhérente à la gaine des tendons fléchisseurs. On trouva une membrane d'enveloppe résistante, assez transparente, renfermant un corps pierreux à surface irrégulière. L'examen microscopique n'a pas été fait; et nous ne pouvons nous prononcer sur la nature de ce néoplasme.

De ces six observations, nous n'en avons donc trouvé que deux dans lesquelles il s'agissait probablement de kystes dermoïdes. Ce qui pourrait nous expliquer la fréquence avec laquelle M. Rizet rencontrait ces sortes de tumeurs, c'est cette phrase qu'il ajoute : « Leur production lente, leur absence de toute crépitation, de toute douleur, de toute ouverture, leur forme arrondie, non bosselée, sans battement, enfin la connaissance de l'absence dans la région palmaire de tout follicule sébacé, absence constatée par Jamain et Cruveilhier, seront pour le praticien une base suffisante de diagnose précise. » Il base donc son diagnostic uniquement sur les caractères cliniques de la tumeur; et nous verrons que l'erreur est alors facile à commettre.

M. Polaillon (1) cite aussi le cas de Muron; mais nous n'avons trouvé nulle part qu'il soit fait mention du siège exact du kyste. On indique sans plus de détails la face palmaire de la main.

(1) Polaillon. Article Doigt, du Dict. encycl. des sciences médicales.

Nous exposerons maintenant les observations que nous avons pu réunir, et nous les ferons suivre de quelques remarques lorsqu'il y aura lieu.— Pour ne pas nous répéter, disons de suite qu'il est très-regrettable que l'examen microscopique, lorsqu'il a été fait, soit en général fort incomplet.

1^{re} OBSERVATION

RIZET. *Bulletin médical du Nord*, juillet 1866.

KYSTE DU DOIGT INDICATEUR GAUCHE.

En mars 1854, le sieur Schayer, du 2^e lanciers, se présente à notre visite, en nous priant d'examiner son doigt indicateur gauche, dont il souffrait, disait-il, depuis quelque temps, et surtout d'une manière plus sensible depuis deux ou trois jours.

Nous remarquons une grosseur assez saillante, demi-molle, mobile, et placée au milieu de la face palmaire de la phalange, d'un aspect nacré, rendu encore plus manifeste par la précaution de ce malade d'enlever journellement l'épiderme avec un rasoir, et cela à partir du moment où il avait vu poindre la tumeur, c'est-à-dire depuis environ six semaines.

Interrogé longuement sur ses antécédents, ce cavalier nous répond qu'il avait commencé à gratter la bosse dès son apparition, mais qu'avant de s'en être aperçu, le doigt le gênait déjà quand il voulait s'en servir pour saisir un objet. Tout d'abord nous pensions avoir à traiter un abcès, selon toute probabilité, symptomatique d'une altération osseuse ; et comme la tumeur était fluctuante et nous paraissait sur le point de s'ouvrir, nous plongeâmes un bistouri à lame très mince au centre même de la poche. Grand fut notre étonnement en voyant sortir de la plaie un corps étranger semblable à du suif, onctueux en certains endroits, en d'autres montrant des grains assez durs.

Nous étions dès lors fixés sur le diagnostic ; agrandissant notre incision primitive, nous enlevâmes un kyste à parois assez épaisses, blanchâtres et très lisses, d'un volume à peu près égal à celui d'une noisette, et n'ayant aucune connexion avec le tendon du fléchisseur profond.

En deux jours la plaie fut fermée, et le malade parfaitement guéri, par la suite ne ressentit rien de cette légère opération.

2^e OBSERVATION

RIZET, *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 756.

KYSTE DERMOÏDE DE L'AURICULAIRE GAUCHE ET DE LA PAUME DE LA MAIN.

R.. (Alexandre), soldat au 90^e de ligne, âgé de 21 ans, entre le 13 janvier 1870 à l'hôpital Saint-Martin, dans le service de Leroy ; il était forgeron avant son incorporation et travaillait le plus habituellement de la main gauche. A 19 ans, après un long travail, phlegmon de la main gauche ouvert avec le bistouri au milieu du premier espace intermétacarpien. En août 1867, cet homme, étant au camp de Châlons, après une piqure, remarque une légère tuméfaction de la partie moyenne de l'auriculaire gauche, face palmaire.

Le gonflement promptement dissipé, ce soldat constate, au milieu de la deuxième phalange de cet organe, une petite tumeur dont le développement s'est fait progressivement et sans douleur aucune ; à son entrée, on reconnaît une tumeur de la grosseur d'une noisette recouvrant complètement la deuxième phalange de l'auriculaire gauche. La peau a sa consistance et sa couleur normales ; cette tumeur sous-cutanée transmet le mouvement imprimé au doigt, sans paraître cependant adhérer à la gaine des fléchisseurs ; sa consistance varie du sommet à la base ; rénitente en haut, cartilagineuse à son autre extrémité.

Le chirurgien trouve, en outre, dans le premier espace intermétacarpien gauche, une autre tumeur plus petite que la première, ayant dans toute son étendue une consistance fibreuse, sous-cutanée et sans modification aucune de la région ; elle gêne moins que la précédente et ne grossit plus depuis longtemps.

Constitution robuste, tempérament sanguin.

L'ablation est résolue pour le 17 janvier.

La première tumeur, celle de l'auriculaire, est ponctionnée avec un bistouri ; il s'en écoule une matière molle de couleur blanc-jaunâtre, d'aspect caséeux ; incision immédiate sur toute sa longueur, dissection et ablation de la poche ; réunion avec bandelettes agglutinatives ; même opération pour la seconde tumeur, même pansement.

Examen de la tumeur. — La première est constituée par une enveloppe fibreuse de 3 millimètres d'épaisseur et un contenu granuleux blanc-jaunâtre ; la seconde, au contraire, a une enveloppe moins résistante, ne montre à son centre aucune trace de la substance de la première. Au microscope, on constate dans la première tumeur la présence de fibres connectives et élastiques, ainsi que d'épithélium dans le kyste même, des corpuscules de graisse et des granulations nombreuses sans noyaux, déliquium résultant de la régression des cellules de nouvelle formation mêlées à quelques cellules épithéliales.

Le second kyste a, comme enveloppe, une structure analogue ; mais la graisse et le détritux granuleux manquent à l'intérieur.

Il est fort probable que la tumeur du doigt était un kyste dermoïde, quoique les caractères de l'épithélium qu'on trouva à la face interne ne soient pas indiqués. Quant à l'autre néoplasme, nous ne pouvons rien affirmer sur sa nature. Ici, comme nous le verrons aussi dans l'observation 8, le malade n'a probablement pas été piqué ; mais il a senti une sensation de piqure, premier symptôme que le kyste ait manifesté.

3^e OBSERVATION (Résumée)

DEMAY. *Etude clin. et hist. de cert. tum. de la main.*

Thèse de Paris 1880, p. 73.

X..., 22 ans, bien constitué. En 1874, étant soldat, reçoit un coup à la face dorsale de l'index droit, au niveau de l'articulation des deux dernières phalanges. Du côté de la face palmaire il observa une petite élevation de couleur noirâtre ; puis survint peu à peu un petit corps dur situé assez profondément dans la pulpe, et mobile. M. de Ranse extirpa cette petite tumeur qu'il trouva adhérente à l'insertion du tendon du fléchisseur profond.

Analyse microscopique. — La tumeur est formée de deux couches. La couche externe est conjonctive. La couche interne épithéliale ne présente pas la structure de l'épiderme, et est parsemée d'ilots constitués par une matière amorphe, granuleuse, contenant d'énormes noyaux.

Première récurrence.

Six mois après, le docteur de Ranse perçoit une petite induration qui, cette fois, n'est pas mobile sous la peau. Enucléation aussi complète que possible. Guérison au bout de quelques jours.

Analyse microscopique. — La tumeur était constituée par un kyste. Examiné à un fort grossissement, il présente un paroi formée d'un épithélium pavimenteux stratifié à cellules crénelées comme dans les couches moyennes de l'épiderme et munies d'un noyau volumineux. L'épaisseur de cette couche n'est pas la même sur tout le pourtour du kyste.

Les cellules les plus extérieures sont placées verticalement les unes à côté des autres et offrent un noyau analogue à celui qu'on observe à la face profonde du corps de Malpighi.

A la face interne de ce revêtement épithélial se montrent des couches imbriquées, se colorant en jaune sous l'action du picrocarminate et formées d'épithélium en voie de transformation cornée, sans noyau par conséquent.

Le centre de la cavité du kyste est libre ou remplie de débris épithéliaux provenant de la couche cornée. Cette paroi, en tout cas, n'est pas unie, mais présente une surface hérissée de plaques épithéliales prêtes à se détacher.

Les glandes sudoripares de la peau, autour du kyste sont hypertrophiées. Dans quelques-unes, on ne distingue plus traces de tubes et elles forment de véritables kystes.

Deuxième récurrence.

Le 8 juin 1877, le docteur Gillet de Grandmont observa au niveau de la dernière phalange de l'index, un petit noyau très douloureux au moindre frottement et déterminant des convulsions cloniques et toniques qui ne disparurent qu'au bout de 4 mois.

Au mois d'octobre destruction de la tumeur par la potasse caustique. Il s'écoule un liquide filant qui semble être le contenu d'un kyste et qui tient en suspension de grosses cellules. Guérison rapide.

Le docteur Gillet de Grandmont, conclut ainsi :

« Je considère cette tumeur comme complexe et constituée de dehors en dedans :

1° Par une dégénérescence des papilles se rapprochant à la fois de la verrue et du névrome ;

2° Par un kyste, probablement *kyste dermoïde*, situé au-dessous de cette altération des éléments de la peau, et qui ne pouvait être perçu, masqué qu'il était par les éléments de la peau.

« Si l'on tient compte de la marche de la maladie, et de plus, de l'existence de deux petites tumeurs rondes, mobiles que le malade présente à la main droite, l'une dans le pli interdigital de l'annulaire et de l'auriculaire, l'autre entre les éminences thénar et hypo-

thénar, à 2 travers de doigt au-dessous du ligament annulaire, et qui ne peuvent être que des kystes dont je suis depuis deux ans déjà les progrès; si l'on tient compte en troisième lieu du développement assez souvent observé de tubercules douloureux dans les cicatrices, je crois qu'il faut admettre que le kyste était primitif, qu'il a été enlevé et a récidivé et que le tubercule douloureux n'est que la conséquence des opérations pratiquées sur le doigt. »

Cette observation, qui est relatée avec beaucoup de détails, offre matière à discussion. M. Demay pense qu'il s'agit d'un polyadénome ayant pris naissance dans les glandes sudoripares. Nous ne pouvons affirmer que la première tumeur opérée ait été un kyste dermoïde, à moins que l'inflammation ou les traumatismes répétés auxquels elle était soumise n'en ait effacé complètement les caractères. Mais lors de la première récurrence, il nous semble qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde; l'épithélium offrait les caractères de l'épiderme. Cette seconde tumeur se serait alors développée en six mois, ou plutôt c'était déjà une récurrence d'un premier kyste incomplètement extirpé; c'est ce que nous ne pouvons décider. M. Gillet de Grandmont a reconnu dans la troisième tumeur un kyste dermoïde; malheureusement le mode opératoire n'a pas permis l'examen microscopique. Remarquons de plus que les douleurs n'étaient pas provoquées par le kyste lui-même, mais par le tubercule douloureux. Enfin, si les autres tumeurs de la main, qui n'ont pas été opérées, étaient bien des kystes dermoïdes, nous aurions un exemple de tumeurs multiples.

4^e OBSERVATION.

(GILLETTE. *Soc. de méd. de Paris*. 24 juillet 1875).

KYSTE DE L'INDICATEUR GAUCHE.

Une jeune fille d'une vingtaine d'années, entre dans le service de E. Cruveilhier, à l'hôpital Saint-Louis, pour se faire débarrasser d'une petite tumeur indolente, située à la partie antérieure de la deuxième phalange de l'indicateur gauche, et datant de plusieurs mois. Elle est régulièrement ovalaire, occupant toute la longueur de cette phalange, saillante, sans changement de couleur, d'une *dureté extrêmement grande*, jouissant d'une grande mobilité latérale et ne se trouvant pas fixée lorsqu'on engage la malade à mettre son doigt en crochet, en contractant avec violence l'extenseur correspondant. Malgré la consistance très ferme de la tumeur, je crus sentir une certaine élasticité ou rénitence en la pressant en deux points opposés ; je ne pus me défendre, tout en hésitant, de pencher vers l'idée d'un kyste. Cruveilhier, en raison de la *dureté* très grande de cette masse, crut au contraire avoir affaire à un petit fibrome sous-cutané ; au second coup de bistouri, on vit sortir de la matière mélicérique : on avait sous les yeux un kyste sébacé, dont le siège était quelque peu insolite.

5^e OBSERVATION.

(PAUL GIBIER. *Soc. anat.* séance du 18 novembre 1881).

KYSTE DE LA FACE PALMAIRE DE LA DEUXIÈME PHALANGE DE L'INDEX
DROIT.

Le nommé Dussellier Louis, 17 ans, garçon marchand de vin, se présente à la consultation de M. le Docteur Desprès, à la Charité, pour une tumeur située à la face palmaire de l'index droit deuxième phalange. Il s'est aperçu du début de cette tumeur, il y a deux ans.

Au moment où il se présente, il éprouve de la gêne et de la douleur au niveau du point indiqué plus haut. La douleur est due à la formation d'un petit abcès situé au-dessus de la tumeur. L'abcès est incisé, il sort une grosse goutte de pus. Huit jours après, le malade se présente de nouveau, une ponction est faite dans la tumeur, dont le volume atteignait celui d'une noisette. Une matière blanchâtre, rubanée, s'échappe entre les lèvres de l'incision. M. Desprès énuclée la poche contenant cette matière.

Nous avons examiné cette matière blanche, légèrement grisâtre, au microscope ; elle n'était formée que de cellules épithéliales plates sans noyau. Quelques cristaux losangiques un peu jaunâtres se rencontrent dans la préparation. Le contenu ne semble contenir aucune goutte de graisse. L'enveloppe du kyste est composée de cellules épithéliales à la partie interne, cellules aplaties et tassées comme celles qui forment les couches superficielles de l'épiderme cutané ; mais, on ne trouve pas la disposition cellulaire décrite par MM. Cornil et Ranvier, dans la paroi des kystes sébacés. Peut-être le siège de cette tumeur kystique, soumise à des frottements répétés chez un travailleur, a-t-il été la cause d'une altération qui en change les caractères primitifs. La partie externe de l'enveloppe est formée de tissu fibreux. Notre examen histologique a été confirmé par M. Cornil à qui nous avons montré nos pièces.

Ce malade avait été opéré 5 ans auparavant par Desprès, pour un kyste dermoïde de la queue du sourcil du côté gauche.

6^e OBSERVATION.

(POLAILLON. *Union médicale*, p. 142).

KYSTE DERMOÏDE DE LA FACE PALMAIRE DE L'INDEX.

X..., 40 ans, ouvrier en instruments de chirurgie, s'était aperçu depuis deux ans qu'il portait au milieu de la première phalange de l'index droit, une petite tumeur douloureuse par accès. Depuis

quelques mois, cette tumeur a augmenté de volume ; à son entrée, on trouve en effet une grosseur du volume d'une amande, siégeant sous la peau, qui est épaissie à son niveau, et qui lui est légèrement adhérente.

Elle semble indépendante du tendon fléchisseur et de sa gaine ; elle donne à la palpation la sensation d'un ganglion, quoique moins tendue.

Le malade étant soumis aux inhalations chloroformiques, je pratique une incision de quelques centimètres au niveau de la tumeur, et j'arrive sous la peau à la partie externe du kyste.

Les parois en sont minces, ce qui rend la dissection difficile.

Cependant la poche est enlevée en totalité, bien que son contenu ait fait irruption au dehors.

Le contenu de la poche est constitué par une matière blanche, onctueuse, semblable à de la cire ramollie. Les parois sont épaisses de quelques millimètres.

Au *microscope*, l'examen a donné les résultats suivants :

A la partie la plus externe, une couche de tissu fibreux formé de fibres de tissu conjonctif, serrées les unes contre les autres, et enchevêtrées. Cette couche fibreuse est elle-même recouverte d'un épithélium, que l'on peut diviser en deux couches secondaires : l'une, profonde, formée de cinq à six couches de cellules polygonales à contours dentelés. Les plus profondes renferment des granulations d'éléidine colorées au rouge vif par le carmin.

Le reste de la couche épithéliale est formé par des cellules ayant subi la transformation cornée ; on peut encore apprécier leurs contours en soumettant la préparation à l'action de l'acide acétique.

En somme, il s'agit d'un petit kyste dermoïde de la *face palmaire* de la main.

La petite plaie opératoire fut suturée avec deux points de suture métallique. Pansement de Lister et bandage ouaté.

Guérison après trois pansements en quinze jours.

7^e OBSERVATION (Inédite).

(KIRMISSON.)

KYSTE DERMOÏDE DU MEDIUS GAUCHE.

Un homme, d'une cinquantaine d'années environ, portait au niveau de la seconde phalange du médius de la main gauche une petite tumeur adhérente à la peau, mobile sur les parties profondes, très-sensible à la pression, et *non transparente*. A cause de ces divers caractères, je pensai qu'il s'agissait d'un fibrome. Le 8 août 1884, je pratiquai l'extirpation de la petite tumeur, en faisant l'hémostase par un tube de caoutchouc maintenu à la base du doigt au moyen d'une pince hémostatique. Je pratiquai sur la peau une incision cruciale ; je disséquai les lambeaux ainsi formés, en laissant intacte la poche kystique et en respectant la gaine des tendons fléchisseurs. Ligature des artères collatérales des doigts ; pas de suture. Pansement de Lister. Le malade, parti chez lui, n'est revenu nous voir qu'une seule fois ; il allait bien ; mais qu'est-il devenu depuis ? Je l'ignore. Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'il portait une petite tumeur, probablement de même nature, dans la région parotidienne gauche.

L'*étude histologique* du kyste a été faite par M. Valude, interne des hôpitaux.

Contenu du kyste : cellules épithéliales sèches et cornées, enroulées en peloton. — Graisse.

Paroi. — En allant de l'intérieur à l'extérieur on trouve :

1^o Une couche épaisse, dure, formée par des cellules épidermiques cornées et tassées les unes contre les autres en un tissu très-compact. Cette couche est si épaisse et si dense, qu'il semble qu'on ait devant les yeux la coupe d'un ongle.

2^o En dehors de cette couche épidermique, on voit un véritable corps muqueux de Malpighi avec quatre ou cinq rangées de cellules

dentelées, un peu aplaties, dont les plus rapprochées de la couche cornée présentent même les granulations d'éléidine qu'il est ordinaire d'y rencontrer à la peau. Cette couche s'étend en ligne droite au-dessous de la couche cornée, sans ondulation aucune, sans être soulevée par aucune papille.

3^e En allant toujours vers l'extérieur, on reconnaît que la couche de Malpighi est doublée d'un substratum de tissu conjonctif assez peu épais, qui, par places, offre dans son épaisseur une grande quantité de vaisseaux sanguins.

4^e Enfin, le kyste est complètement entouré à l'extérieur d'une couche de tissu fibreux épais et dense, très fortement coloré en rose par le carmin et qui forme à la tumeur une capsule résistante.

KIRMISSON,
*Professeur agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris.*

Nous devons cette observation à l'obligeance de M. le professeur Heydenreich qui a bien voulu nous communiquer la lettre que M. Kirmisson lui avait écrite à ce sujet. Cette observation, malheureusement, n'a pas été recueillie pendant la présence du malade à l'hôpital ; et ce n'est que d'après quelques notes et ses souvenirs que M. Kirmisson a eu la bonté de nous procurer les renseignements qui précèdent. Nous regrettons de ne pas connaître la profession du malade, et de n'avoir aucun détail sur les causes, le début, la durée de la tumeur ; néanmoins, cette observation est fort intéressante ; elle nous montre comment les chirurgiens les plus habiles peuvent hésiter sur le diagnostic à cause de la consistance de la tumeur ; et de plus, comme dans l'observation précédente, le malade portait une tumeur de même nature dans une autre région.

8^e OBSERVATION (Inédite).

(HEYDENREICH).

KYSTE DERMOÏDE DE LA FACE PALMAIRE DE LA DEUXIÈME PHALANGE DE
L'INDEX DROIT.

F..., Sébastien, 36 ans, entre le 24 mars 1885, à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Heydenreich. Il est ajusteur et a constamment le marteau en main. Il est bien constitué, a toujours eu une bonne santé, et n'accuse aucun antécédent diathésique.

Il y a dix mois, dans un moment où son doigt était fortement appuyé contre le manche du marteau, il éprouva une sensation de forte piquûre à la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit. La douleur fut passagère, et le malade ne sut à quoi l'attribuer. Cependant elle reparaisait chaque fois que cette région subissait une forte pression ; et environ un mois après, la deuxième phalange devint sensiblement plus grosse et plus dure. Puis le gonflement put être nettement localisé, et le malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur, qui était indolente pendant le repos, mais gênait le maniement de l'outil et causait pendant le travail une cuisson assez vive. La tumeur continua ainsi à grossir petit à petit.

Il y a deux mois, après quelques jours d'un travail plus pénible, le malade vit poindre à la partie latérale interne de la même phalange une seconde tumeur, dont l'accroissement fut plus rapide que celui de la première.

Les douleurs à la pression avaient augmenté, et surtout l'index, tenu écarté du médius par la seconde tumeur, laissait glisser le manche du marteau. Le malade, très-gêné dans son travail, atteignait souvent sa main gauche avec l'outil, qu'il ne pouvait plus diriger ; c'est alors qu'il vint à l'hôpital.

On constate que la deuxième phalange de l'index droit est déformée et augmentée de volume sur ses faces palmaire et latérale interne.

La circonférence du doigt est de 0^m,095 ; celle de l'index gauche de 0^m,066.

La peau est un peu tendue ; mais elle n'a pas changé d'aspect excepté à la face latérale où elle est amincie et un peu rouge.

Sur le milieu de la face palmaire existe une tumeur ayant 0^m,01 d'élévation, 0^m,02 de longueur suivant l'axe du doigt, et 0^m,015 de largeur. Elle est nettement circonscrite, résistante, élastique, adhère à la face profonde du derme ; mais elle est mobile dans tous les sens sur les parties profondes aussi bien pendant la flexion que pendant l'extension du doigt. Elle est indépendante du tendon fléchisseur et ne suit pas ses déplacements.

A la face latérale, au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange et contiguë à la première tumeur, on en trouve une seconde ayant 0^m,01 d'élévation, 0^m,03 de longueur et 0^m,02 de largeur. Elle est un peu moins nettement circonscrite, plus molle et presque fluctuante. Elle adhère aussi à la face profonde du derme et est mobile sur les parties profondes.

Ces deux tumeurs sont indolentes au repos et même il faut une forte pression pour provoquer de la douleur.

En saisissant les deux lobes en même temps entre deux doigts de chaque main, et en les comprimant alternativement, on a la sensation d'un liquide épais, grumeleux, qui contient des particules solides, et qui passe de l'un dans l'autre. Ce déplacement du contenu s'accompagne d'une sorte de crépitation analogue à celle que fournit un kyste synovial à grains riziformes.

Enfin, les mouvements des articulations se font librement et sans douleur, et la flexion complète du doigt n'est empêchée que par la présence de la tumeur.

Diagnostic. On avait affaire à une tumeur à forme kystique, à contenu semi-liquide et semi-solide. Ce n'était pas un kyste synovial à grains riziformes à cause de l'indépendance du tendon et parce que la

tumeur n'occupait que l'étendue de la deuxième phalange. L'absence de glandes sébacées dans la région rendait impossible l'existence d'un kyste sébacé.

Les tumeurs perlées sont solides ou ne présentent qu'un ramollissement central avec une paroi restant très épaisse. Un kyste synovial devenu indépendant de l'articulation ou de la synoviale tendineuse n'adhère pas à la peau et son contenu ne renferme pas ordinairement de particules solides. Enfin, à cause de l'ensemble des caractères de la tumeur, M. le professeur Heydenreich porta le diagnostic de *kyste dermoïde* ayant débuté à la face palmaire, la tumeur latérale étant un prolongement de la première survenu plus tard. L'extirpation fut décidée.

27 mars. — Le malade ayant été anesthésié, on fit, après application de la bande d'Esmarch, une incision sur chaque tumeur, suivant son grand axe. La dissection n'étant pas assez facilitée, du point de réunion des deux premières incisions, on en fit partir une de chaque côté, de manière à avoir une sorte d'incision cruciale, seulement les branches opposées n'étaient pas dans la même direction.

Les deux tumeurs étant mises ainsi à découvert, on constate que la première a une couleur gris blanchâtre, des parois épaisses, la seconde a des parois plus minces et plus adhérentes aux tissus superficiels. Pendant qu'on cherche à l'énucléer, quelques gouttelettes d'un liquide épais, grumeleux qui s'en échappent, indiquent que le kyste s'est rompu. Il a fallu se servir de l'instrument tranchant pour énucléer les deux tumeurs, même dans les parties profondes.

Cependant l'extirpation complète put être terminée. Pendant l'opération il s'écoula très peu de sang. Les lambeaux furent réunis par quatre points de suture et on fit un pansement iodoformé.

Le lendemain à l'ouverture du pansement, on s'aperçut que la réunion par première intention n'était pas possible et on retira les fils. La cicatrisation suivit son cours sans incident particulier.

Le 15 mai, en enlevant un pansement qui était resté en place pendant 8 jours, on constate une rougeur de l'index et du médius et l'épiderme de ces deux doigts est macéré dans le pus.

Le 18 mai l'épiderme se détache ; la plaie opératoire est presque entièrement cicatrisée.

Guérison complète le 20 mai. Le doigt a une circonférence de 0^m,064, et les mouvements de flexion et d'extension se font bien.

Dans les premiers jours de juin, eczéma de toute la main et de la partie inférieure de l'avant-bras. C'est la première fois que F... est atteint d'une affection de ce genre.

On applique un gant de caoutchouc et au bout d'un mois l'eczéma a presque complètement disparu. Un peu d'eczéma a apparu aussi à l'autre main et aux jambes, mais il a promptement disparu.

Cette observation a été recueillie dans le service de M. le professeur Heydenreich, par M. Etienne, interne des hôpitaux et nous le remercions des soins qu'il y a apportés.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait ensuite par M. le professeur Baraban, qui a eu l'obligeance de nous montrer et expliquer les nombreuses préparations qu'il a faites. Nous allons rapporter ici cette description, avec tous les détails qu'il a bien voulu nous donner.

Description du kyste.

La tumeur se compose de deux parties essentielles : l'une sphérique qui correspondait à la face palmaire du doigt ; l'autre irrégulière, semblable à un long prolongement anfractueux qui se trouvait sur la face latérale de la phalange. C'est cette dernière portion dont l'apparition s'est faite à la suite d'un travail plus considérable pendant quelques jours.

La portion sphérique, grosse comme une petite amande, présente à considérer un contenant et un contenu. Ce dernier est une bouillie grumeleuse blanc-jaunâtre, dont nous indiquerons plus loin les caractères histologiques.

Le contenant, c'est-à-dire la paroi du kyste présente une épaisseur moyenne de 1 millimètre. Cette paroi est résistante, d'aspect fibreux, couverte, à sa face interne, de squames qui s'en détachent facilement; limitée, au contraire, sur sa face externe par un feutrage de tissu conjonctif assez lâche. Toutefois, à l'union de la portion sphérique et de la portion allongée, la paroi possède une épaisseur plus considérable; elle est moins régulière, forme du côté de la cavité une sorte d'éperon assez saillant et paraît un peu plus vascularisée que partout ailleurs.

Quant au prolongement, il se présente avec des caractères moins bien tranchés. La cavité, dont il est creusé, est presque virtuelle; et il est impossible de reconnaître à la paroi elle-même une structure macroscopique spéciale, vu la mollesse assez prononcée de son tissu.

Examen microscopique.

Cette étude a porté à la fois sur le contenu du kyste, sur sa paroi et sur son prolongement.

1^o *Le contenu du kyste* est formé par des cellules épithéliales pavimenteuses, lamellaires pour la plupart. Les unes possèdent un noyau faiblement apparent et des stries analogues à celles des cellules du corps muqueux de Malpighi. Les autres sans noyau ressemblent aux cellules de la couche cornée, sauf les dimensions qui sont plus considérables. Quelques-unes de ces cellules ont subi une sorte de transformation colloïde et se présentent sous la forme de petits corps ovoïdes à contours très réguliers, à contenu homogène et légèrement réfringent. Aucune de ces cellules n'a

subi la dégénérescence graisseuse. Cependant on rencontre çà et là dans les préparations de rares cristaux de cholestérine. En outre, cette bouillie contient aussi des globules blancs en proportion assez faible.

2° *La paroi du kyste* présente deux couches : l'externe formée de tissu conjonctif et l'interne de nature épithéliale. Pour s'en faire une idée complète, il faut les étudier d'une part dans la partie la moins épaisse, et d'autre part au niveau de l'éperon, c'est-à-dire au pourtour de la communication entre le kyste lui-même et son prolongement.

A. --- Dans la plus grande partie de son étendue, la paroi du kyste est mince (1 millimètre environ). La couche interne est formée par un grand nombre de couches superposées, et se décompose en deux zones.

La zone profonde, épaisse de 65 µ. contient 8 ou 10 rangées de cellules. Celles de la première rangée sont granuleuses, rectangulaires, à noyau arrondi et contiguës au derme par leur plus grand côté. Les cellules des cinq ou six rangées suivantes sont polyédriques, aplaties, munies de stries peu apparentes et d'un noyau sphérique qui se colore facilement par les réactifs appropriés. Les cellules des deux ou trois dernières rangées sont bourrées de nombreuses granulations d'éléidine, mises en évidence par le carmin ou l'hématoxyline.

La zone interne ou superficielle représente une couche cornée de 850 µ. d'épaisseur en moyenne. Son bord interne est rendu irrégulier par une grande quantité de petites lamelles épithéliales, prêtes à se détacher. Les cellules n'ont pas de noyau. Elles possèdent des contours très distincts avec parfois des vestiges de striation. En un mot, elles ne

sont pas aussi desséchées et tassées qu'à la surface libre de la peau.

La couche externe est constituée par du *tissu conjonctif* dont les fibres les plus internes sont parallèles à la couche épidermique; mais dont les plus externes s'entrecroisent en différents sens, de façon à se rapprocher de la structure du derme. Cette couche est peu vasculaire; les vaisseaux qu'on y rencontre n'ont aucune disposition particulière. On n'y trouve pas de nerfs.

Nous avons donc dans ces portions minces du kyste une paroi qui rappelle par sa structure celle de la peau, avec cette différence capitale qu'elle ne possède ni corps papillaire, ni glandes et que la couche cornée y atteint des proportions considérables.

B. --- Au contraire, dans le point où le kyste communique avec son prolongement, la disposition de la paroi offre les plus grandes analogies avec la structure normale de la peau.

Si nous considérons d'abord l'*épithélium*, nous le voyons présenter un certain nombre de zones superposées. Contre la couche fibreuse, nous rencontrons d'abord une rangée de cellules cylindriques, granuleuses, ayant leur axe de figure dirigé obliquement à la surface, et se continuant insensiblement avec la couche de cellules rectangulaires ou cubiques que nous avons décrite précédemment. Par dessus, de nombreuses cellules polyédriques, nettement dentelées et pourvues d'un noyau ovoïde nucléolé. D'une façon générale, ces cellules ont des dimensions plus considérables qu'à la peau des régions voisines. Elles ont en moyenne 20 μ . de

diamètre en tous sens, tandis que celles de l'épiderme normal du doigt, plus aplaties suivant la surface de la peau, possèdent 16 μ . dans leur longueur et 8 μ . seulement dans leur plus petit diamètre. Il est à remarquer cependant que les noyaux de ces cellules ont la même dimension qu'à la peau (6 μ .)

On trouve aussi dans les rangées les plus superficielles de ces cellules de nombreuses gouttelettes d'éléidine. Cette zone possède une épaisseur de 566 μ , au lieu de 65 qu'elle présente seulement dans la partie la plus mince du kyste.

Vient ensuite une zone rappelant le stratum lucidum de l'épiderme normal : les noyaux y sont très apparents, et entre les diverses rangées de cellules on trouve çà et là des traînées d'éléidine. Enfin, un stratum cornéum termine la paroi; il présente les caractères que nous avons assignés à celui de la plus grande partie du kyste. Il est toutefois plus irrégulier comme épaisseur.

La *couche fibreuse*, à ce niveau, se limite du côté de la couche épithéliale par une ligne onduleuse, constituant un véritable *corps papillaire*. Les papilles y sont tantôt longues, minces, éfilées, très pressées les unes contre les autres; tantôt coniques, obtuses, moins allongées, presque rudimentaires par places, et à peine indiquées dès que l'on s'approche de la portion mince de la paroi. La plupart de ces papilles ne présentent à considérer qu'un vaisseau, situé dans leur axe de figure. D'autres, en petit nombre, possèdent, à leur extrémité, de petits corps ovoïdes qui rappellent d'une manière confuse, par la disposition de leurs noyaux et l'existence d'un pédicule, la structure des *corpuscules du tact*.

Au-dessous de cette couche papillaire, on trouve un feutrage plus ou moins serré de faisceaux conjonctifs, sans orientation particulière, dans lequel les vaisseaux sont assez nombreux. Les noyaux des cellules conjonctives de ce tissu sont très apparents, principalement le long des vaisseaux. Çà et là ce tissu présente les signes de l'inflammation chronique; et, sur un point, cette inflammation est plus aiguë : les noyaux y sont accumulés et mélangés de nombreux globules sanguins extravasés et déformés par un séjour prolongé en dehors des voies circulatoires.

Dans les couches les plus superficielles de cette paroi se trouvent des glandes sudoripares dont les glomérules ont été aplatis et, en quelque sorte, étalés par la pression excentrique du kyste. — De plus, on rencontre çà et là, en pleine paroi, de petits groupes cellulaires, disposés les uns à côté des autres, au nombre de cinq à six en moyenne, en traînées longitudinales parallèles à la surface du kyste. Chacun d'eux est formé de trois ou quatre éléments cellulaires, pourvus d'un noyau évident et d'un protoplasma granuleux, et disposés en cercle de façon à ménager au centre un petit espace libre. Ils ressemblent, pour la plupart, à des tubes glandulaires en voie d'atrophie; les noyaux des cellules y sont toujours apparents, mais le protoplasma a quelquefois complètement disparu, et il devient alors difficile de décider si l'on a affaire à des coupes de vaisseaux tortueux légèrement enflammés, ou bien à des glandes en voie d'atrophie. Les moins nets de ces groupes sont rapprochés de l'épithélium kystique et logés, par conséquent, dans la partie la plus dense de la paroi; les plus nets se trouvent, au contraire, dans les couches les moins denses, de sorte qu'il y a comme

une sorte de gradation insensible entre les groupes mal définis de la profondeur et les glandes sudoripares presque normales des parties les plus externes de la paroi.

Ces glandes appartiennent-elles au kyste ou à la peau ? La question se pose en face de la situation superficielle de la tumeur. Elle serait résolue si nous avions rencontré des canaux excréteurs s'abouchant avec le kyste ; or, nous n'en avons pas trouvé. Il y a bien çà et là, dans la couche épidermique, quelques lacunes qu'on pourrait prendre pour des traces de tubes atrophiés ; mais il n'y a entre elles aucune relation de continuité. Il est parfaitement admissible que les glandes presque normales de la surface soient des dépendances de la peau, puisque leurs canaux excréteurs, dirigés vers la surface cutanée, ont dû être tranchés par le chirurgien lors de l'ablation de la tumeur. Mais pour celles qui sont situées en pleine paroi on ne peut plus logiquement faire la même supposition. Elles ne possèdent de canaux excréteurs dirigés ni vers la peau, ni vers la cavité du kyste. Il se pourrait que la condensation de la paroi kystique, due à l'inflammation chronique produite soit par la distension du kyste lui-même, soit par les traumatismes fréquents auxquels il était soumis, par la profession de l'individu, ait amené la disparition complète des canaux excréteurs, puisque la partie sécrétante de ces glandes est presque complètement atrophiée. Par conséquent, si l'on ne peut pas affirmer que le kyste possède en propre des glandes sudoripares, on ne peut pas affirmer non plus que les glandes sudoripares rencontrées dans la paroi n'appartiennent pas au kyste.

3^o Le *prolongement du kyste* est beaucoup moins intéressant à étudier. On n'y retrouve plus deux couches

comme précédemment. La paroi, très irrégulière du reste, est constituée par un tissu conjonctif en voie d'inflammation plus ou moins aiguë dont il nous paraît inutile de décrire les caractères. Dans la plupart des points, ce tissu inflammatoire est à nu dans la cavité; mais sur quelques-uns on rencontre de véritables cellules épithéliales ordinairement entassées à la surface sans ordre bien déterminé, mais quelquefois disposées en plusieurs couches. Ces cellules sont en partie polyédriques, en partie cylindriques. En un mot, il n'y a pas là de revêtement épithélial continu; il n'y a rien que des îlots très restreints d'épiderme en voie de formation. Hors ces points, on trouve des cellules cornées appliquées sur la paroi; mais elles n'y sont pas attachées, et elles proviennent tout simplement du kyste lui-même.

En résumé, la tumeur était un kyste dermoïde. Une partie de la paroi (la partie la plus épaisse et l'éperon) présente nettement tous les caractères de la peau : épiderme avec couche cornée et corps de Malpighi, derme avec papilles, soit vasculaires, soit nerveuses, et peut-être glandes sudoripares.

Le reste de la paroi du kyste lui-même offrait aussi des ressemblances avec la peau, mais plus lointaines.

Enfin le prolongement n'était pas une tumeur, mais une cavité anfractueuse formée par l'irruption du liquide, ou plutôt c'était le contenu lui-même enkysté dans les tissus environnants.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen histologique des kystes dermoïdes des doigts est la partie la plus importante de leur étude.

En effet, les signes cliniques souvent peu nets de ce genre de tumeurs, les analogies qu'elles présentent avec plusieurs autres néoplasmes ne permettent pas toujours de poser un diagnostic certain. C'est le microscope qui vient en aide au chirurgien ; quelquefois même, il corrige une erreur inévitable. Cependant, ce chapitre n'a pas besoin de bien longs développements ; car nous avons affaire à des tumeurs faciles à caractériser : il s'agit tout simplement de savoir si la paroi du kyste est formée par un tissu analogue ou non à celui de la peau. Auparavant, nous allons décrire leur aspect microscopique.

1^o Quel est leur *siège*? D'après les observations que nous avons pu recueillir, ils se trouveraient constamment à la face palmaire. Est-ce là une loi générale et ne pourrait-on pas en rencontrer aussi à la face dorsale? Jusqu'ici nous n'en connaissons aucun exemple. Peut-être cela est-il dû à ce que les causes que nous invoquons dans le chapitre suivant, traumatisme chronique, inclusion embryonnaire, n'existent pas aussi fréquemment à la face dorsale? Nous ne pouvons rien affirmer.

Ils sont de plus immédiatement sous-cutanés, le plus souvent adhérents à la face profonde du derme, mais sans aucune connexion avec les parties profondes sur lesquelles ils sont mobiles et dont ils peuvent être facilement séparés.

2^o Le *volume* de ces kystes dépend du moment où ils sont opérés. A leur origine ils sont très-petits et passent inaperçus. Ils s'accroissent ensuite d'une façon lente, mais continue, et probablement finiraient par ulcérer la peau, s'ouvrir au dehors et former des fistules. Mais c'étaient presque toujours des ouvriers qui en étaient porteurs, et ceux-ci demandaient qu'on les débarrassât de leur tumeur lorsqu'elle devenait gênante pour leur travail.

Ordinairement le kyste avait atteint le volume d'une noisette ou d'une amande.

3^o Ces tumeurs ont, en général, la *forme* sphérique. Cependant, bridées par un derme épais, exposées à des traumatismes répétés, elles peuvent devenir ovoïdes et aplaties.

4^o La *consistance* est variable ; en général, comprimées entre une peau épaisse et un plan résistant, possédant des parois fibreuses assez épaisses, elles sont tendues, dures, légèrement élastiques. Dans deux cas (observations 4 et 7) cette dureté, jointe à leur mobilité, les a fait confondre avec des fibromes. Quelquefois cependant (observations 1 et 2) elles sont molles, au moins dans une partie, et la fluctuation peut être perçue. Dans l'observation 8, grâce à l'existence de deux lobes communiquant entre eux, M. le professeur Heydenreich a pu refouler le contenu de l'un dans l'autre, et percevoir une sensation de fluctuation et de crépitation, ce qui lui a permis de reconnaître la nature du contenu.

5^o Le *contenu* est une matière blanc-jaunâtre, grumeleuse, plus ou moins liquide. Il est constitué par les cellules de la couche cornée qui se détachent de la paroi et tombent dans la cavité du kyste. Quelques-unes peuvent subir une régression graisseuse ou colloïde, mais on ne trouve pas de nombreux globules de graisse comme dans les kystes dermoïdes.

Dans le contenu du kyste qui fait le sujet de l'observation 8, M. Baraban nous a montré quelques globules de pus ; ils provenaient du prolongement qui était enflammé. Enfin on rencontre encore quelques cristaux de cholestérine.

6^o C'est la *structure histologique* de la paroi qui seule permet d'affirmer avec certitude la nature de la tumeur. Il est regrettable que l'examen en soit incomplet dans les observations ; pour faire une description générale, nous ne pouvons guère nous appuyer que sur celle de l'observation 8, qui a été faite avec beaucoup de soins et de détails ; elle seule donne une idée nette et complète de la constitution des kystes dermoïdes du doigt.

Elle peut servir de type général et nous n'avons que peu de choses à ajouter.

Nous remarquons en premier lieu, que cette paroi ne présente aucune solution de continuité correspondant à un canal qui fasse communiquer la cavité du kyste soit avec la surface cutanée, comme cela se présente souvent, pour les kystes sébacés, soit avec les cavités profondes, comme on le constate quelquefois pour les kystes synoviaux formés aux dépens des synoviales articulaires ou tendineuses.

La paroi des kystes se compose de deux couches distinctes : l'externe ou derme, l'interne ou épiderme.

A. Le *derme* dans les parties les plus externes et les plus

épaisses, est constitué par des faisceaux qui s'écartent en quelques points pour laisser la place aux lobules du pannicule adipeux. Dans les parties les plus rapprochées de l'épiderme, dans celles où la paroi est la plus mince, où elle a été pour ainsi dire tassée par la compression excentrique que produit le développement continu de la tumeur, on rencontre un tissu beaucoup plus serré et plus dense, disposé en faisceaux parallèles à la surface. En même temps son organisation devient beaucoup moins complexe : les vaisseaux qu'on rencontre en assez grand nombre dans les parties moins compactes, y deviennent beaucoup plus rares.

Dans cette couche dermique, du moins dans les points où les faisceaux conjonctifs sont moins serrés, et ont une disposition entrelacée, analogue à celle qu'on rencontre dans le derme cutané, on peut rencontrer des *glandes sudoripares* plus ou moins atrophiées. Ces organes ainsi que les *papilles* et les *corpuscules du tact*, n'ont été constatés que dans l'observation 8; pour ne pas nous répéter, nous y renvoyons pour leur description. Dans les autres observations il n'en est pas question ; on ne dit pas si on les a cherchés, excepté dans l'observation 7, où on a constaté qu'il n'existait pas de papilles.

En un mot on peut rencontrer, au moins dans quelques points de la paroi, tous les éléments qui constituent le derme de la face palmaire des doigts, tous les organes qu'il contient.

B. C'est la *couche épidermique* qui a été surtout examinée, et dans presque toutes les observations on l'a trouvée semblable à l'épiderme cutané. Elle se compose de deux zones.

Celle qui est la plus rapprochée du derme constitue un véritable corps muqueux de Malpighi, et se compose de plusieurs rangées de cellules dont les plus profondes ont plus ou moins nettement la forme cylindrique, ont un noyau et sont placées verticalement les unes à côté des autres. Puis cinq ou six rangées de cellules polygonales, crénelées, à noyau évident, et deux ou trois de cellules remplies de granulations d'éléidine.

La zone la plus interne a tout l'aspect d'un stratum corneum: ce sont des rangées de cellules qui sont quelquefois très nombreuses, tassées les unes contre les autres, dont on peut à peine apprécier les contours. Elles subissent la transformation cornée et les noyaux ont disparu. Les plus superficielles forment des squames qui se détachent et tombent dans la cavité du kyste.

En résumé, la structure de la paroi du kyste ressemble à celle de la peau de la face palmaire. Dans notre description il n'est question ni de glandes sébacées, ni de poils; on n'en a reconnu de traces dans aucun cas. De même, le contenu ne contient ni poils, ni substance grasse comme dans les kystes sébacés; c'est là un point important que nous aurons à apprécier dans la Pathogénie.

Cette paroi, tout en présentant des caractères analogues à la peau, peut cependant en différer à cause de la situation superficielle de la tumeur, qui l'expose à des traumatismes fréquents. Aussi les kystes dermoïdes des doigts peuvent-ils ne pas présenter tous les caractères typiques qu'ils affectent dans d'autres régions du corps. C'est ce que l'on peut constater dans les observations 5 et 8; dans cette dernière, des pressions répétées ont amené la formation d'un prolonge-

ment qui n'offrait pas les caractères d'un kyste dermoïde.

Du reste, « la membrane enveloppante, dit M. Nicaise (1), peut ne présenter la structure de la peau que dans une partie de son étendue, le reste étant formé par une simple membrane cellulo-fibreuse. »

Toutefois, cette membrane cellulo-fibreuse est recouverte d'un épithélium pavimenteux à deux ou trois rangées de cellules, mais ne ressemblant nullement à l'épiderme. Cette particularité a été indiquée par MM. Nicaise, Damaschino et Gille de la Tourette, Heurtaux, pour les kystes dermoïdes de la queue du sourcil. M. Baraban a pu constater que la paroi d'un kyste de cette région ne présentait la structure dermoïde que dans une très petite partie. Il y a dans ces cas inclusion d'un simple lambeau cutané, et les produits de sécrétion, en refoulant les tissus voisins, ont formé un kyste dont la paroi était constituée en partie par un tissu cutané, en partie par un tissu cellulo-fibreux. La même chose peut s'observer pour les kystes des doigts.

(1) Nicaise. Pathogénie des kystes dermoïdes. Note lue au Congrès de Rouen (1883).



ÉTIOLOGIE & PATHOGÉNIE

Lorsqu'on parcourt les quelques observations que nous relatons, on est de suite frappé par la fréquence d'une cause que nous trouvons à l'origine de presque tous les cas : nous voulons parler du *traumatisme*. Excepté dans les observations 4 et 7, où la profession des malades n'est pas indiquée, nous avons affaire à des ouvriers ou à des soldats dont les doigts sont soumis à des frottements répétés, à des pressions continuelles. On sait que ce genre de traumatisme produit à l'extérieur des cors et des durillons caractérisés par une hyperplasie de l'épiderme; celui-ci, loin d'être usé, de subir des pertes de substances, s'épaissit au contraire. Supposons qu'un lambeau de peau soit intercalé, pour une cause quelconque, au milieu des tissus sous-cutanés, il est permis de supposer qu'il subira la même influence et se mettra à végéter. L'irritation agira en ce point pour former un kyste dermoïde, parce qu'elle y trouvera un tissu propre à former ce genre de tumeurs. « Quand même, dit Billroth (1), je ne puis indiquer quelle est la manière spéciale dont l'irritation agit pour produire, dans un cas donné, une tumeur, tandis que dans un autre cas et peut-être dans des conditions en apparence semblables, il ne se déclare qu'une inflammation

(1) Billroth. *Eléments de path. chir. gén.* 1868. Paris. P. 665.

simple, cependant j'ai rapporté une grande série de faits qui prouvent que dans la composition anatomique de quelques parties, il peut exister certains troubles permanents qui, sous l'influence d'une cause morbifique, donnent lieu à une irritation d'où provient la tumeur spécifique. »

En second lieu vient *l'âge* des malades. Dans les cinq premières observations, ils étaient au commencement de l'âge adulte. Lorsqu'ils se sont aperçus de la présence d'une tumeur, celle-ci existait déjà depuis un certain temps; le véritable début doit donc être rapporté à une époque antérieure, peut-être plusieurs mois. A cet âge, la peau subit une sorte de poussée; la formation de l'épiderme est plus abondante et, chez l'homme, cette vie plus active est surtout manifestée par l'apparition de la barbe. C'est aussi une époque où les kystes dermoïdes de la queue du sourcil commencent assez souvent à s'accroître. Cette tendance à la prolifération ne peut-elle pas aussi se manifester sur les tissus épidermiques qui ne se trouvent pas à leur place normale?

A cause de l'insuffisance de renseignements dans les observations 6 et 7, nous ne savons à quoi attribuer l'apparition des kystes à une époque tardive. Peut-être existaient-ils depuis longtemps et avaient-ils déjà subi un temps d'arrêt.

Dans l'observation 8, l'eczéma apparut peu de temps après l'extirpation de la tumeur. Cet eczéma, plus marqué à la main droite, ne peut pas cependant être attribué uniquement à l'irritation produite par le pansement, car une éruption semblable, mais plus légère, se manifesta en même temps à l'autre main et aux jambes. La peau de cet homme se trouvait donc dans un état d'activité plus grande; il était prédis-

posé à une irritation de cet organe. Sans vouloir attacher à cela une trop grande importance, ne pourrait-on pas expliquer ainsi l'apparition du kyste à 36 ans ? Un tissu, capable de donner naissance à un kyste dermoïde, existait, mais ne jouissait que d'une vitalité peu intense, et ne manifestait sa présence par aucun signe. Puis il a participé, comme tissu cutané, à la suractivité générale de la peau, et en y joignant le traumatisme, nous aurions la cause de la formation de la tumeur à cette époque.

Enfin deux fois (observations 5 et 7), c'est-à-dire dans le quart des cas, on a observé des tumeurs de même nature dans d'autres régions du corps. N'y aurait-il pas chez certains malades une prédisposition originelle pour les kystes dermoïdes, comme on le constate quelquefois pour les loupes du cuir chevelu ? Les exemples que nous possédons sont trop peu nombreux pour que nous puissions l'affirmer.

Telles sont les causes qui, en provoquant la vitalité du tissu cutané placé accidentellement sous la peau, déterminent la formation des kystes dermoïdes. Si nous voulons maintenant expliquer la situation anormale de ce tissu, nous rencontrerons un grand nombre d'hypothèses émises par différents auteurs ; mais nous laisserons de côté celles qui évidemment ne peuvent être admises dans les cas dont il s'agit. C'est ainsi que, passant sous silence les vieilles théories de l'atrabile et de la lymphe plastique, la théorie plus récente de l'inclusion fœtale, qu'on ne peut accepter pour les kystes des doigts, nous ne nous occuperons que de trois hypothèses : celles qui invoquent l'hétéropie plastique, l'inclusion traumatique et l'inclusion embryonnaire d'un lambeau de peau.

1^o Lebert (1) a émis la loi suivante : « Beaucoup de tissus simples ou composés, des organes complexes même, peuvent se former de toutes pièces dans des parties du corps où à l'état normal on ne les rencontre pas. » C'est ce qu'il appelle loi pathogénique de l'*hétérotopie plastique*. D'après lui un organe aussi compliqué que la peau, avec ses glandes sébacées et sudoripares, son derme et son épiderme, ses papilles et ses poils, peut se produire de toutes pièces et d'une manière tout à fait accidentelle. Beaucoup d'auteurs ont combattu vivement cette théorie qui n'est plus admise aujourd'hui. Verneuil (2) en particulier, affirme qu'il ne peut admettre que le tégument tout entier, c'est-à-dire un des organes les plus compliqués de notre corps, puisse se produire de toutes pièces, surtout quand on sait qu'il ne se régénère jamais complètement quand il a éprouvé une perte de substance complète, quoique circonscrite.

Nous n'admettons donc pas cette hypothèse, sans la discuter davantage ; contentons-nous seulement de remarquer que, si les kystes dermoïdes se produisaient de toutes pièces, s'ils étaient par conséquent tout à fait indépendants de la peau au voisinage de laquelle on les rencontre, ces tumeurs devraient avoir les mêmes caractères, la même constitution ou à peu près, dans les différentes régions où ils peuvent exister. Or nous avons vu qu'ils ont une structure identique à celle de la portion de peau qui les recouvre. Ainsi dans les

(1) Lebert. Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général. Mémoire communiqué à la Société de Biologie en août 1852.

(2) Archives générales de médecine, 1855, 5e série, t. 2, p. 307 et suiv.

kystes de la queue du sourcil, il est de règle de rencontrer des poils et des glandes sébacées ; jamais on ne trouve ces organes dans les kystes de la face palmaire des doigts, où la peau elle-même ne les renferme pas. Il y a donc plus qu'une relation de voisinage entre les kystes dermoïdes et la peau ; nous pensons, au contraire, que ceux-là sont formés aux dépens de celle-ci, et nous sommes ainsi amenés aux deux autres hypothèses

2^o En somme, elles ne diffèrent guère entre elles que par l'époque où un lambeau de peau est enfermé sous le derme. La première de ces deux théories, d'après laquelle cette circonstance serait produite accidentellement par une blessure, une piqure, est d'une façon générale admissible pour les kystes dermoïdes. Elle s'appuie sur des observations et sur des expériences. M. Masse, de Bordeaux (1), a fait un certain nombre de greffes péritonéales. Il introduisait avec précaution dans le ventre de jeunes rats blancs, des lambeaux de peau enlevés à des animaux de même espèce, au moment de leur naissance. Après environ deux mois et demi, il constatait que ses greffes s'étaient transformées en kystes dermoïdes. — Mais, nous appuyant sur l'absence de blessures dans les observations que nous avons trouvées, nous croyons que ce n'est pas cette hypothèse qu'il faut invoquer pour expliquer la pathogénie de ces tumeurs à la face palmaire des doigts. Du reste, pour qu'au moment d'une blessure, une portion de peau, épaisse comme celle

(1) Mémoire lu au Congrès français de chirurgie. Séance du 9 avril 1885.

des doigts, soit introduite sous le derme, il faut que la plaie soit assez considérable, ce que permettraient difficilement les dimensions du doigt. Si la plaie est petite, si c'est une piqûre, il se pourrait que quelques cellules du corps de Malpighi soient refoulées dans la profondeur. Or, des cellules épidermiques ne peuvent reproduire la peau avec tous les organes qui la composent ; elles ne peuvent donner naissance par prolifération qu'à des cellules identiques à elles-mêmes ; c'est ainsi qu'il se formerait une tumeur perlée, qui est un néoplasme constitué par de l'épiderme seul, et n'a pas la structure de la peau. Telle est, d'ailleurs, l'opinion admise par M. le Professeur Gross (1) pour la pathogénie des tumeurs perlées ; opinion qui a aussi été vérifiée expérimentalement par M. Masse.

3^e Enfin, il nous reste à examiner la troisième hypothèse : c'est celle que nous adoptons. Les kystes dermoïdes des doigts résultent de l'*inclusion embryonnaire* d'un lambeau de peau.

« Il suffit, dit Broca (2), de la plus petite perturbation dans la réparation des cellules embryonnaires pour qu'il se produise des troubles considérables. Il y a une véritable hétérotopie que l'on peut appeler originelle ou embryonnaire. » Pour expliquer comment il peut se faire qu'un lambeau de peau puisse se trouver enfermé au milieu des tissus sous-jacents, on invoque pour les kystes de la queue du sourcil et du cou, l'existence dans ces régions de fentes

(1) Société médicale de Nancy, janvier 1884. — Revue médicale de l'Est, numéros 19 et 20.

(2) Broca. Traité des Tumeurs, t. II, p. 128.

branchiales. Mais le mode de formation des doigts est peu connu, et nous ne l'avons trouvé décrit nulle part avec des détails qui auraient pu nous permettre d'expliquer cet enclavement d'un cul-de-sac cutané. Vers la fin de la troisième semaine de la vie intra-utérine, on voit se former sur le bord libre de la palette palmaire une espèce de bourrelet, présentant quatre échancrures, premières traces des espaces interdigitaux. Ces bourgeons s'accroissent, et les doigts restent palmés jusque vers la fin du troisième mois. Existe-t-il sur la face palmaire une gouttière qui se comble par la soudure de ses deux bords libres ? Nous l'ignorons. Si elle existait, il serait facile d'expliquer par la soudure prématurée des bords, l'inclusion d'un cul-de-sac cutané, qui plus tard perdrait toute connexion avec la peau du voisinage.

Il n'est pas nécessaire cependant que la soudure se fasse en enfermant un véritable cul-de-sac, il suffit d'un petit lambeau de peau. M. Heurtaux (1) de Nantes, admet qu'une inflammation peut provoquer des adhérences entre un point de la peau et les tissus sous-jacents ; pour les kystes dermoïdes de la queue du sourcil, il s'agirait d'une périostite du bord orbitaire. Une inflammation localisée survenant de même pendant la période de formation des doigts, et provoquant sous la peau la formation d'un tissu cicatriciel, rétractile, retiendrait une portion circonscrite de la peau au fond d'une dépression. Les parties voisines continuant à se développer, la recouvriraient, se réuniraient entre elles. Peu à peu ce lambeau arrêté dans son évolution, perdrait toute

(1) Heurtaux. Article kyste dermoïde du Dict. de méd. et de chir. prat.

connexion avec la peau, et se trouverait complètement isolé au milieu des tissus sous-dermiques.

Voilà donc une portion de peau isolée sous le derme, que va-t-elle devenir ? Elle peut rester ainsi stationnaire, jouissant, pour ainsi dire, d'une vie latente, pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à ce qu'une des causes que nous avons étudiées au commencement de ce chapitre vienne provoquer une irritation. Ce tissu, dont la vitalité est accrue, se développe rapidement ; l'épiderme s'épaissit, de nombreuses cellules cornées se forment, puis se détachent et tombent en deliquium ; il s'y ajoute l'excrétion des glandes sudoripares lorsqu'elles existent. Que ce soit un cul-de-sac complètement fermé, ou un simple lambeau, les détritüs s'accumulent à la surface de l'épiderme et déterminent la formation d'une cavité, qui s'accroît au fur et à mesure que de nouveaux débris arrivent. Il se forme sur les portions des parois qui n'ont pas la structure de la peau, un épithélium qui met obstacle à l'absorption du contenu. Ce processus pathologique dure tant que l'extirpation de la tumeur ne vient pas y mettre fin.



SYMPTOMES & DIAGNOSTIC

Les kystes dermoïdes des doigts présentent des caractères généraux communs à toutes les tumeurs bénignes, et des caractères qui leur sont propres. Ceux qui ont rapport à leur siège, à leur forme, à leur volume, etc., ont été décrits plus haut ; cependant nous croyons utile de les rappeler brièvement, car ils sont d'une grande importance au point de vue du diagnostic, et il est préférable d'en présenter une vue d'ensemble. Nous allons donc exposer leur marche et leur durée, leurs signes physiques et fonctionnels ; puis nous les distinguerons des autres tumeurs qu'on peut rencontrer aux doigts.

1^o *Marche*. — On peut la diviser en deux périodes. Une première d'indolence absolue, de latence. On ne peut assigner de durée à cette première période, puisque ces kystes passent complètement inaperçus pour le malade. Cependant elle peut avoir une grande durée, si l'on en juge d'après les kystes dermoïdes d'autres régions ; ainsi ceux de la queue du sourcil offrent plusieurs exemples d'un long état stationnaire pendant lequel ils sont à peine appréciables. Ensuite, que ces tumeurs soient congénitales ou acquises, il arrive un moment où le malade s'aperçoit qu'il éprouve une certaine gêne dans les mouvements du doigt ; il ressent un peu de douleur, lorsqu'il saisit fortement un objet.

D'autres fois, il éprouve brusquement une vive douleur comparable à une piqûre, et constate que son doigt a légèrement augmenté de volume et qu'il existe sous la peau un petit corps arrondi, dur et mobile.

Pendant la seconde période, les malades voient la tumeur augmenter continuellement de volume. Les mouvements du doigt sont de plus en plus gênés, et la préhension des instruments de travail devient plus douloureuse. Lorsque ces kystes ont atteint en général, le volume d'une noisette, les individus qui en sont porteurs se décident à consulter un chirurgien et demandent qu'on les débarrasse de leur tumeur.

Dans les observations où la durée exacte de cette seconde période est indiquée, nous voyons qu'elle varie entre dix mois et deux ans et demi. Dans les autres cas elle ne paraît pas dépasser ces deux limites.

2^o *Signes physiques.* — Le doigt est tuméfié, déformé ; on remarque à la face palmaire une saillie qui proémine. La peau a sa couleur normale et n'a pas changé d'aspect si la tumeur n'a encore provoqué aucune réaction inflammatoire. Cependant dans l'observation 1, M. Rizet a observé un aspect nacré, dû à ce que le malade enlevait continuellement l'épiderme. Au contraire, si la tumeur, par sa présence, a provoqué un peu d'inflammation, la peau peut être rouge comme celle qui recouvrait le prolongement de l'observation 8, ou même il peut se former des petits abcès (obs. 5). Mais jamais on n'observe que la tumeur soit transparente.

Les signes fournis par la palpation sont faciles à percevoir à cause de la situation toute superficielle de ces tumeurs. Cependant l'épaisseur et la distension de la paroi du kyste et la

pression qu'exerce sur lui un derme épais et tendu peuvent masquer son élasticité, et le faire paraître plus dur. On ne sent pas ordinairement de fluctuation franche, mais de la rénitence. Leur surface est lisse, régulière, arrondie, sans bosselures ni dépressions. Leur forme est sphérique ou ovalaire à grand axe parallèle à la direction du doigt. Leur volume est celui d'une noisette moyenne; il dépend évidemment, comme nous l'avons déjà dit, de la durée de la tumeur.

Ces kystes sont plus ou moins adhérents à la peau; mais mobiles sur les parties profondes; plus faciles à déplacer latéralement que suivant l'axe du doigt, à cause de la disposition anatomique de la région. Quelle que soit la position que l'on donne au doigt, leur mobilité change fort peu; la contraction des tendons fléchisseurs n'a aucune influence sur elle; ils ne suivent pas non plus les déplacements de ces tendons.

Troubles fonctionnels. — Ils sont peu nombreux; on comprend qu'une tumeur bénigne siégeant au doigt, n'a guère d'influence sur la santé générale; les ganglions lymphatiques ne sont pas engorgés, et ces kystes ne se manifestent guère que par un peu de douleur et de la gêne dans les mouvements des doigts.

Comme tous les kystes en général, ils peuvent provoquer des douleurs en faisant subir une distension ou une compression aux filets nerveux qui sont si nombreux dans la peau du doigt; mais ces douleurs sont en quelque sorte extrinsèques, elles n'ont pas leur siège dans la tumeur elle-même. C'est en comprimant des filets nerveux, que la tumeur a pu provo-

quer cette sensation de piquûre notée dans deux cas. D'un autre côté, s'il survient une complication inflammatoire, il n'est pas étonnant qu'il se manifeste de la douleur.

C'est ordinairement la gêne qu'il éprouve dans la préhension des instruments de travail qui attire l'attention du malade. Les mouvements des articulations restent libres, mais la tumeur par son volume les limite; le doigt malade est écarté des autres, et l'ouvrier ne peut plus maintenir solidement l'objet qu'il saisit. Ce trouble est d'autant plus grave que l'importance fonctionnelle des doigts est considérable.

Enfin, il est un moyen de diagnostic qui peut être utile, car il met sous les yeux du chirurgien le contenu de la tumeur : nous voulons parler de la *ponction exploratrice*. C'est une petite opération qui ne peut amener aucune conséquence fâcheuse, si elle est faite avec quelque précaution; facile à pratiquer à cause du siège très superficiel de la tumeur. On pourra par ce moyen constater l'existence d'une cavité, et la composition du contenu, examiné au microscope, mettra le chirurgien sur la voie du diagnostic. Cependant on ne peut rien conclure d'un résultat négatif; car le contenu quelquefois très épais, peut ne pas sortir par un trocart même de gros calibre.

Tous ces symptômes que nous venons d'étudier permettent de reconnaître l'existence de la tumeur et d'en caractériser la nature. Ces kystes ont, en effet, tous les caractères des tumeurs bénignes: les malades sont dans l'âge adulte; la tumeur est indolente, circonscrite, sans adhérences avec les tissus voisins. Les ganglions lymphatiques de la région

ne sont pas affectés, et la santé générale n'est pas atteinte. La durée de la tumeur depuis le moment où elle est constatée, jusqu'à celui de l'opération paraît assez courte; mais en réalité elle est beaucoup plus longue.

Cependant il est un certain nombre de tumeurs qu'on rencontre aux doigts et que l'on pourrait confondre avec les kystes dermoïdes. Parmi les tumeurs à contenu plus ou moins liquide, ce sont d'abord les kystes sébacés. Mais ils ne peuvent pas exister à la face palmaire des doigts, car dans cette région il n'existe pas de glandes sébacées.

Les kystes synoviaux sont assez fréquents. Les synoviales dactyliennes tendineuses et articulaires sont pourvues de cryptes ou follicules qui deviennent l'origine de kystes par l'oblitération de leur orifice et par l'accumulation de la synovie à leur intérieur. Ils peuvent comme les kystes dermoïdes former des tumeurs arrondies, sans fluctuation et d'une dureté comparable à celle du tissu fibreux. Mais elles sont adhérentes aux synoviales, se déplacent par les mouvements des tendons. Une ponction exploratrice fournira un liquide visqueux ou gélatineux ne contenant pas pas de débris épidermiques, et le microscope montrera leur surface interne tapissée d'un épithélium simple, pavimenteux, entouré d'une coque fibreuse.

Quelquefois, ils peuvent être complètement séparés de la synoviale et devenir mobiles; mais ils n'adhèrent jamais à la face profonde du derme comme les kystes dermoïdes.

Les adénomes sudoripares sont plus difficiles à distinguer; ils peuvent former sous la peau de petits kystes souvent assez durs; à l'intérieur on trouve un liquide tenant en

suspension des cellules épithéliales. Cependant un pédicule réunit la tumeur à la peau, mais il est très difficile de le sentir ; la structure de la paroi n'a pas l'aspect de la peau.

La synovite fongueuse débute avec lenteur ; il existe d'abord de l'empâtement puis un goufflement. Plus tard on sent de la fluctuation, une crépitation comparable au froissement de l'amidon. La synovite à grains riziformes débute de même, et le déplacement du liquide fournit une sensation particulière. Cette crépitation peut être perçue dans les kystes dermoïdes (obs.8). Mais la tumeur est toujours allongée suivant l'axe du doigt, suit le trajet des tendons et occupe souvent plusieurs phalanges et la paume de la main. Les mouvements des tendons sont difficiles et douloureux, et la tumeur se déplace avec eux.

Les anévrysmes et les tumeurs érectiles, très rares aux doigts, se distingueront par leur fluctuation nette, leur réductibilité, la turgescence lorsqu'on fait obstacle à la circulation de retour, et les battements ou le bruit de souffle auxquels elles donnent lieu la plupart du temps.

Parmi les tumeurs solides qu'on rencontre aux doigts les lipomes peuvent être confondus avec les kystes dermoïdes. Si on a une tumeur molle, ayant des saillies globuleuses juxtaposées, on reconnaîtra un lipome malgré la sensation de fausse fluctuation et de crépitation qu'ils présentent quelquefois.

La dureté quelquefois considérable de ces kystes a pu induire en erreur et faire penser à l'existence d'un fibrome. Dans ce cas, une ponction exploratrice pourra faire éviter la confusion.

Les ostéomes et enchondromes, par leur immobilité sur les parties profondes, les névromes par les douleurs qu'ils provoquent seront facilement reconnus.

Les carcinomes et cancroïdes sont très rares, et présentent les caractères des tumeurs malignes: douleurs, ulcération précoce, ganglions engorgés.

Enfin les tumeurs perlées sont ordinairement très-dures, surviennent fréquemment à la suite d'une piquûre, quelquefois le centre est ramolli, mais la paroi reste toujours très-épaisse, et jamais on ne peut percevoir de fluctuation. Mais il peut être très-difficile de les distinguer des kystes dermoïdes, et il faut alors avoir recours à l'examen microscopique.

On le voit, on ne peut pas s'appuyer, pour reconnaître les kystes dermoïdes, sur des caractères nets et distincts; et il est très-facile de faire une erreur de diagnostic, qui du reste ne pourrait pas avoir de conséquence fâcheuse, car les tumeurs qui s'en distinguent le moins, sont justement celles qui exigent le même traitement. L'examen histologique seul permet d'affirmer, avec certitude, la nature de la tumeur.



PRONOSTIC

Broca (1) a fort bien expliqué la cause de la bénignité des kystes dermoïdes. D'après cet éminent anatomo-pathologiste une tumeur est toujours le résultat d'un trouble de nutrition dont l'intensité est révélée par la distance qui existe entre la production accidentelle et les productions normales.

Pour les tumeurs homœomorphes (2), elles sont le résultat d'une déviation nutritive d'autant plus prononcée que la disposition de leurs éléments est plus différente de celle qui appartient aux tissus physiologiques. Les kystes dermoïdes sont les tumeurs homœomorphes homologues les plus compliquées dans leur structure. Leur formation exige autre chose que l'organisation d'un tissu simple. On est tenté de croire au premier abord que cette complexité doit être l'indice d'un trouble nutritif plus grave. Mais il suffit d'un peu de réflexion pour reconnaître, tout au contraire, que, plus

(1) Broca. Traité des tumeurs, t. II, Paris 1839.

(2) Quoique la distinction en tumeurs homœomorphes et hétéromorphes ne soit plus admise aujourd'hui, nous conservons ici cette expression, pour mieux faire comprendre les idées de Broca.

le tissu dont une tumeur reproduit la structure est compliqué, plus il est nécessaire que le développement de cette tumeur soit régularisé par l'action permanente des lois organogéniques. Les kystes dermoïdes sont donc le résultat d'un travail pathologique peu intense, et c'est pourquoi leur pronostic est bénin. La santé générale n'est nullement influencée; c'est une affection purement locale. Et si la plupart du temps nous n'avions pas à faire à des ouvriers gênés dans leur travail, nous pourrions dire que l'esthétique seule se trouve gravement intéressée.

Complications. — Néanmoins, il faut bien se garder de confondre l'idée de bénignité avec l'idée d'innocuité. Les kystes dermoïdes des doigts peuvent devenir dangereux par leur action locale. Comme pour tous les kystes en général, les accidents auxquels ils peuvent donner lieu sont : la rupture et l'inflammation.

1^o La *rupture* du kyste peut être extérieure ou sous-cutanée. Puisque ce sont des tumeurs à accroissement constant, on conçoit que, s'ils ne sont pas extirpés, il arrivera un moment où la peau distendue et soumise à des frottements répétés s'ulcérera, et le kyste communiquera avec l'extérieur. Il se produira ainsi des fistules intarissables. D'un autre côté, les traumatismes fréquents auxquels ils sont soumis, peuvent les faire éclater sous la peau ; c'est ce qui est arrivé dans l'observation 8. Il se produit dans ce cas, à côté de la tumeur primitive, des tumeurs secondaires qui augmentent la difformité et la gêne des mouvements. Ce qui serait plus grave, c'est l'ouverture des kystes dans les synoviales tendineuses ou articulaires, dont ils sont très-rapprochés ; cet accident amènerait des synovites tendineuses

ou des arthrites, avec toutes leurs conséquences, sur lesquelles il est inutile d'insister. Cette dernière complication, dont nous n'avons pas d'exemple du reste, doit heureusement être exceptionnelle ; car le kyste, comme toutes les collections, aurait plutôt de la tendance à s'ouvrir au dehors.

2^o *L'inflammation* du kyste lui-même est une complication que le siège de la tumeur chez des ouvriers peut rendre fréquente. Elle amènerait le ramollissement des parois, leur distension et leur rupture. De plus, que la tumeur participe ou non à la phlegmasie, par sa présence elle irrite les tissus environnants ; c'est ainsi que dans l'observation 5 elle avait déterminé la formation d'un petit abcès sous-cutané. Des panaris, des ostéites, des synovites peuvent ainsi être provoqués.

La peau du doigt est très riche en filets nerveux que le kyste peut facilement irriter : c'est probablement pour ce motif, que dans l'observation 6 on constate des douleurs survenant par accès. Enfin les vaisseaux aussi peuvent participer à l'inflammation.

Tous ces accidents peuvent être évités par une extirpation précoce de la tumeur. Ajouterons-nous que si cette opération n'est pas faite avec des soins suffisants, elle peut provoquer des lymphangites, des érysipèles.

Récidives. — Il faut surtout que cette extirpation soit aussi complète que possible, car la récurrence peut se produire parce que l'ablation du mal a été incomplète, parce qu'on a laissé, au milieu de parties en apparence saines, des parcelles de tissu pathologique. Ces parcelles survivent à l'opération, conservent la propriété de s'accroître par la multi-

plication graduelle de leurs éléments anatomiques, et c'est cette propriété qui donne lieu à la récurrence. Le mal ne se reproduit pas, il ne fait que continuer ; c'est la *récurrence par continuation*, opposée à la récurrence par repullulation des tumeurs malignes. Nous en avons un exemple dans l'observation 3.



TRAITEMENT

La connaissance des propriétés des tumeurs importe beaucoup dans leur traitement. Les kystes dermoïdes n'ont aucune tendance à la guérison spontanée ; au contraire, leur accroissement est constant : il est donc *nécessaire d'intervenir*. De plus, puisque la plus petite portion de lambeau cutané abandonnée au milieu des tissus, peut déterminer la formation d'un kyste, il faut que l'intervention soit *radicale*, que la totalité du kyste soit détruite, sans quoi la tumeur se reproduirait par repullulation comme dans l'observation 3.

Cette condition élimine donc l'ouverture simple de la poche avec ou sans séton, l'écrasement, etc.

On pourrait détruire la tumeur avec les caustiques chimiques ou physiques ; mais pour qu'ils soient efficaces dans le cas particulier, ils devraient être appliqués largement. Ce serait alors une opération dangereuse à une distance aussi faible des gaines tendineuses, car il n'est pas facile de limiter exactement leur action. On risquerait de provoquer des pa-

naris, des synovites avec leurs fâcheuses conséquences. Ces procédés, de plus, amènent à leur suite des suppurations abondantes, et sont très douloureux.

Il ne reste donc qu'un procédé applicable, adopté d'ailleurs par tous les chirurgiens : c'est l'*extirpation* de la tumeur. Elle doit être aussi *précoce* que possible, car on épargne ainsi au patient la gêne que lui cause la présence de la tumeur, on évite les complications qu'elle peut entraîner, on a une opération moins laborieuse, une plaie de moindre étendue.

M. Legrand (1) propose l'ablation de ces sortes de tumeurs sans opération sanglante. Il divise la peau dans toute son épaisseur par l'application linéaire et plusieurs fois répétée d'une solution concentrée de potasse. Puis il énuclée la tumeur avec des pinces. Ainsi, sur 32 cas de loupes ou tumeurs analogues où l'auteur a appliqué sa méthode, il n'a pas eu une seule fois d'érysipèle.

Mais l'incision par le bistouri est la plus classique et la plus familière à tous les chirurgiens. Elle est plus expéditive et moins douloureuse, n'entraîne pas à sa suite comme les caustiques, des suppurations abondantes, et, si on a soin de s'entourer de précautions antiseptiques suffisantes, elle est aussi saine.

Le malade, ou au moins le doigt, ayant été anesthésié, l'hémostase étant assurée, on procède alors à cette petite

(1) Mémoire présenté à la Soc. de méd. -- Séance du 22 juillet 1850.

opération. L'incision, à laquelle on donne une direction parallèle au grand axe du néoplasme, doit s'étendre un peu au-delà de la base de la tumeur. Si la dissection n'est pas ainsi rendue assez facile, on débride un peu de chaque côté, et on a alors une incision cruciale.

Puis, on passe au second temps de l'opération qui consiste à disséquer la tumeur. On détruit d'abord les connexions de sa face superficielle par une véritable dissection qu'on facilite en faisant exercer des tractions opposées sur les lambeaux de peau et sur la tumeur saisie par des pinces ou des crochets.

On passe ensuite à la dissection de la face profonde, que parfois on peut effectuer sans le secours de l'instrument tranchant, mais par voie d'*énucléation*. L'énucléation se pratique soit avec les doigts, soit avec la sonde canelée ; on évite ainsi de léser les organes voisins.

La tumeur enlevée, on s'occupe de l'hémostase ; on pose des ligatures sur les artères collatérales si elles ont été sectionnées. Il est souvent prudent de ne pas chercher la réunion par première intention, car la plaie dans sa profondeur n'est pas toujours très nette, et si les bords se réunissaient trop tôt, il pourrait en résulter un abcès. Du reste, on a affaire à une peau épaisse, rigide, à cause des frottements répétés auxquels elle est soumise chez des ouvriers, et il n'est pas facile de maintenir en contact les bords de la plaie.

On les rapproche alors par un pansement légèrement compressif. On appliquera un pansement antiseptique, et on placera la main dans une écharpe, ou dans une position élevée si le malade est couché.

Au bout de peu de temps la plaie bourgeonne, la cicatrice ne tarde pas à se former. La guérison se fait plus ou moins rapidement, suivant la grandeur de la plaie, la souplesse de la peau ; en général, elle est complète au bout de quelques semaines.

Vu :

Le Président de thèse,

A. HEYDENREICH.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 10 juillet 1885.

Le Recteur,

M. MOURIN.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	1
Bibliographie.	3
Observations	4
Anatomie pathologique	29
Étiologie et Pathogénie	35
Symptômes et Diagnostic.	43
Pronostic	50
Traitement	54

